

Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter¹

Zusammenfassung

Die internationalen psychiatrischen Klassifikationssysteme DSM-III-R und ICD-10 stellen diagnostische Kriterien für Borderline-Störungen bei Erwachsenen bereit, nicht aber für Kinder und Jugendliche. Es werden verschiedene Klassifikationsversuche für diesen Bereich diskutiert (Bemporad et al., Pine, Vela et al.). Veranschaulicht am Beispiel eines 10jährigen Mädchens mit Borderline-Zügen, die ursprünglich die Diagnose "Hysterie" bekommen hatte, werden acht Kriterien erläutert, die für die Diagnostik relevant erscheinen: 1. Heredität und affektive Erkrankung, 2. Krankheiten und Schmerz im 1. Lebensjahr, 3. Entwicklung in der frühen Kindheit, 4. Art und Ausmaß der Angst, 5. Selbstbeschädigung, 6. Abwehr, 7. Objektbeziehungen, 8. Gegenübertragung. Abschließend wird auf ein empirisches Forschungsprojekt verwiesen: Kindertherapeuten und Kinderpsychiater werden anhand eines Fragebogens zu Symptomen, Charaktereigenschaften und ätiologischen Faktoren von Borderline-Patienten befragt. Aufgrund übereinstimmender Einschätzungen wird ein Beitrag zur Differentialdiagnostik möglich sein.

Problems in Diagnosing Borderline Disorders in Children. While, for adults, there exists an instrument for diagnosing borderline-disorders (DSM-III-R, ICD 10), this is not the case for children and adolescents. Several attempts of classifying borderline-disorders are discussed (Bemporad et al., Pine, Vela et al.). Exemplified by a case study of the treatment of a ten-year-old borderline girl originally diagnosed as "hysteria", eight criteria are listed and explained that seem relevant for diagnostic purposes: (1) heredity and affective disorders, (2) diseases and traumata during the first year of life, (3) development in early childhood, (4) character and intensity of anxiety, (5) selfdestructiveness, (6) defensive mechanisms, (7) object relationships, (8) countertransference. Attention is drawn to a large-scale empirical study in which, by means of an elaborate questionnaire, child psychiatrists and therapists were asked to characterize symptoms, personality traits and aetiological factors of young borderline patients. This will hopefully solve some problems of differential diagnosis discussed in the article.

¹Überarbeitete Fassung eines Vortrags am 18.12.1991 in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Basel (Leiter: Prof. Dr. D. Bärger). Veröffentlicht in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41 (1992), 207-214

1 Einleitung

Borderline-Störungen bei Kindern sind eine umstrittene diagnostische Einheit. Obgleich es keine Frage ist, daß es Kinder mit schweren Erkrankungen im Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose mit Erscheinungen gibt, die den Borderline-Störungen bei Erwachsenen ähnlich sind, ist die Frage der diagnostischen Klassifikation kontrovers: Sollte man diesen Kindern die Diagnose "Borderline-Störung" geben, oder sollte man entsprechend der Empfehlung des DSM-III-R diese Diagnose erst nach Abschluß der Persönlichkeitsentwicklung in der Adoleszenz benutzen? Auch im ICD-10 wird die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren für "wahrscheinlich unangemessen" gehalten (ICD-10, 212). Dagegen wird in wissenschaftlichen Arbeiten, die stärker von der Psychoanalyse beeinflusst sind, mit der diagnostischen Einheit "Borderline-Störung" auch bereits bei Kindern gearbeitet.

Die Unsicherheit in bezug auf diese Störung scheint u. a. an der generellen Schwierigkeit zu liegen, für Persönlichkeitsstörungen genaue Leitlinien- und diagnostische Kriterien festzulegen, die sich wiederum aus Unterschieden eines deskriptiv orientierten oder eines interpretativ orientierten Zugangs ergibt. Das spielt eine besondere Rolle bei der Borderline-Störung, weil sie psychoanalytisch konzipiert, klinisch jedoch nur unzureichend beschrieben wurde (Tolle, 1990). In der Einleitung zum ICD-10 wird in diesem Zusammenhang ein völlig neuer Versuch der Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen erwogen (ICDC.10, 30).

Die Problematik zwischen interpretativem und deskriptivem Zugang zur Borderline-Störung bei Kindern wird in einem Streitgespräch zwischen P. Kernberg und Th. Shapiro deutlich, das 1990 im Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry geführt wurde. Unter der Überschrift "Resolved: Borderline personality exists in children under twelve" diskutieren sie das Pro und Contra dieser These, Kernberg bejahend, Shapiro widersprechend. Beide haben gute Argumente, sie sprechen m. E. jedoch von verschiedenen Dingen: Kernberg denkt als Analytikerin psychodynamisch und argumentiert in dem Bedürfnis, klinisch und therapeutisch relevante Daten in der Diagnostik zu erheben. Sie hat gute Argumente für die Existenz einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, da sie die Persönlichkeitsentwicklung auf einem Kontinuum von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter sieht. Shapiro dagegen argumentiert klassisch psychiatrisch: Er konstatiert ein Überlappen mit verschiedenen Verhaltensstörungen und Ängsten und vermißt empirische Untersuchungen, die die Grenzen des Krankheitsbildes wirklich belegen. Daher fordert er auf, eine große Gruppe von Fällen ernster, nichtpsychotischer Störungen zu sammeln und dann zu systematisieren. Man würde so zu einem Katalog von Kriterien kommen und dann sehen, was für ein Konstrukt sich ergäbe. Danach solle die Validität geprüft und die weitere Entwicklung dieser Kinder verfolgt werden.

In diesem Spannungsfeld steht die wissenschaftliche Diskussion um Borderline-Störungen bei Kindern, die nur durch eine brauchbare Klassifikation mit gut definierten diagnostischen Kriterien erleichtert werden könnte. Der Weg dahin wird m. E. von Shapiro aufgezeigt. Ob eine Diagnose "Borderline-Störung" bei Kindern dann "tatsächlich handlungsstrukturierende Funktionen" hat (Steinhausen, 1988, zit. nach Steinhausen 1990, 159), wäre zu zeigen.

Da sich das Problem der Diagnose für klinisch arbeitende Kinderpsychiater und Kindertherapeuten aber bereits vor dem Vorliegen "umfangreicher und zeitaufwendiger Untersuchungen" zu Persönlichkeitsstörungen (ICD 10, 30) stellt und die Diagnose für die anschließenden therapeutischen Maßnahmen von entscheidender Bedeutung ist, möchte ich einige Überlegungen innerhalb des psychoanalytischen Kontextes dazu anstellen.

2 Kasuistik

Ich werde zunächst an einer Kasuistik Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen aufzeigen und versuchen, Zusammenhänge zwischen Diagnose und Therapie zu verdeutlichen. Danach soll die neuere Literatur zur Diagnostik von Borderline-Störungen bei Kindern auf die Frage hin untersucht werden, was sie für Hilfen zur Differentialdiagnostik bietet.

Mir wurde eine 11 jährige Patientin, die ich Ruth nenne, von einer erfahrenen Kollegin überwiesen. Die Mutter leitete den ersten Kontakt mit der vorwurfsvollen Bemerkung ein: "Wir haben Schwierigkeiten, miteinander auszukommen." Ruth ergänzte: "Alle mit allen." Darauf die Mutter: "Sie ist so unordentlich und laut." Ruth erwiderte: "Das ist doch jedes Kind."

Aus der Anamnese erfuhr ich von den Eltern, daß Ruth in Beziehungen herrschsüchtig, klammernd und unersättlich sei und daher starke Kontaktprobleme zu Gleichaltrigen habe. Spiele mit Klassenkameraden scheiterten nach kurzer Zeit an ihrer Herrschsucht. Ihr einziger Spielpartner sei ihr kleiner Bruder, doch auch der ziehe sich zunehmend von ihr zurück. Als kleines Kind habe sie Blumen die Köpfe abgerissen, Gardinen zerschnitten und häufig mit großen Mengen Papier die Toilette verstopft.

Es gebe ständig Streit um Pflichten, wie Z. B. Schularbeiten oder Aufräumen. Den Eltern mache weiter Sorge, daß Ruth sich in oft stundenlange Phantasiespiele flüchte, in denen sie meist ein kleiner Hund sei. Insgesamt störe die Eltern, daß Ruth ständig Aufmerksamkeit fordere und so theatralisch sei.

Aus der Säuglingszeit erfuhr ich, daß der zwei Jahre ältere Bruder alle Aufmerksamkeit und Zuwendung von der Mutter bekommen habe, Ruth dagegen eher als lästig erlebt worden sei. Der Mutter mache es starke Schuldgefühle, daß sie Ruth als Säugling ständig habe schreien lassen. Mit einem halben Jahr kam sie wegen Überlastung der Mutter für 3 Monate zur alkoholkranken Großmutter. Als sie wieder zu Hause gewesen sei, habe sie 4 Wochen lang nicht mehr gelacht, was die Mutter sehr erschreckt habe.

Die Eltern schilderten Ruths Beziehung zur Mutter als sehr schlecht, der Vater habe sich besser auf sie einstellen können. Allerdings sei er so in seinem Beruf engagiert gewesen, daß er kaum zu Hause gewesen sei. Abends sei ihm Ruth in ihrer Ansprüchlichkeit häufig zu anstrengend gewesen.

Die Diagnose der Kollegin lautete "hysterische Neurose".

Ich hatte mich auf die Behandlung gefreut, weil ich gehofft hatte, daß Ruth, die mir als so phantasievoll und hochmotiviert beschrieben worden war, in der Therapie durch ihren leichten Zugang zu den Phantasien und ihrer spontanen positiven Einstellung zur Therapie gut an den ödipalen Konflikten würde arbeiten können. Es gab im Behandlungsprozeß Vorgänge, die auf eine hysterische Charakterstruktur hinwiesen: Ruth versuchte z. B. in den ersten Stunden durch Selbstkritik in einer Art Flucht nach vorn der befürchteten Kritik von mir zuvorzukommen. Sie hatte gesehen, daß ein anderes Kind im Spielzimmer Papierketten gebastelt hatte und fühlte sich dadurch angeregt, das Gleiche zu tun. Sie konkurrierte heftig mit diesem Kind und hatte den Anspruch, daß ich sie bei der Arbeit unterstützte, damit unsere Ketten viel schöner und länger sein sollten. Ungeduldig und wütend trieb sie mich zur Arbeit an. Ihr phallisches Imponiergehabe in der Rolle einer mir befehlenden Königin und ihre theatralische Redeweise könnten das Bild einer hysterischen Übertragung komplett machen.

Es tauchten allerdings bereits in der Anfangsphase Zweifel an der Diagnose auf, die mit Beobachtungen auf der Ebene der Interaktion, der Spielinhalte und der Gefühle zusammenhingen. Die Patientin malte in der ersten Stunde ein Bild, das einen riesigen Fisch mit Flossen und fünf Beinen zeigte. Ein kleiner Fisch schwamm in sein weit aufgerissenes Maul hinein. In die rechte untere Bildecke hatte sie eine winzige menschenähnliche Figur gemalt.² Mir schien dieses Bild auf Größenvorstellungen und Kleinheitsgefühle, auf Angst vor Verschlungenwerden und eigene verschlingende Impulse hinzuweisen.

Ruth hatte sich in den ersten Behandlungsstunden höflich und angepaßt gegeben, mit zunehmender Regression entfaltete sich jedoch eine Beziehung zwischen uns, die von ihren Aggressionen bestimmt war. Sie sagte zwar, "ich bin keine Königin, die Dir befiehlt", aber sie befahl ständig, schimpfte, weil ich ihre Befehle nicht richtig verstand und erweckte in mir ein Gefühl der Nichtswürdigkeit und Verzweiflung, weil ich ihr nicht gerecht werden konnte.

Die Übertragung hatte auch idealisierende Seiten, sie sagte: "Deine Kinder müssen es gut haben, die haben eine Mutter, die das studiert hat, und heute habe ich wenigstens mal gesehen, aus welcher Straße du kommst." Idealisierendes und entwertendes Beziehungsverhalten wechselte in rascher Reihenfolge und stürzte mich in ein Wechselbad von Gefühlen. Es tauchte die Angst auf, Ruth könnte die Behandlung abbrechen. Ich spürte Wut über ihre ungerechten Anklagen, Wut über die Kollegin, die mir einen so schwierigen Fall als reizvoll angepriesen und überwiesen hatte und fühlte Unsicherheit und Inkompetenz, weil ich die Störung diagnostisch nicht richtig einordnen konnte. Hinzu kamen Schwierigkeiten und Ärger mit meiner Supervisorin, die bei der einmal gestellten Diagnose bleiben wollte, mich aufforderte, weiter konfliktzentriert zu arbeiten, und die meine Gegenübertragungsprobleme nur eigenen neurotischen Verstrickungen mit der Patientin anlastete.

²s. o., S. _____

Aber aus dem Problem mit der Diagnose wurden Zweifel an dieser Diagnose und ich zog eine Borderline-Störung in Betracht. Die therapeutische Beziehung entsprach nicht der bei einer Übertragungsneurose, denn es herrschten disparate Teilobjektbeziehungen vor, die Abwehr war zu primitiv. Hassimpulse und aggressives Agieren standen im Vordergrund, die Patientin pendelte zwischen altersangemessenem und regressivem Verhalten hin und her, und die Konfliktsituation erschien mir pseudoödipal. Die heftigen Gegenübertragungsgefühle waren mir aus einer anderen Behandlung vertraut.³

3 Klassifikationskonzepte

Was gibt es für Konzepte, Kinder wie Ruth oder Kinder mit ähnlich schwer einzuordnenden Erkrankungen zu klassifizieren? Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ist das Gebiet gut erforscht, was sich unter anderem darin zeigt, daß die Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-III-R (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) oder in die ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) aufgenommen worden ist. Im DSR-III-R wurden 8 Items zusammengestellt und jeweils operationalisiert. Wenn 5 dieser Items zutreffen, handelt es sich um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung.

1. intensive, instabile Beziehungen,
2. impulsive, häufig selbstschädigende Handlungen,
3. instabile Stimmungslage,
4. übermäßige, unkontrollierbare Wut,
5. wiederholte Suiziddrohungen und -versuche,
6. Identitätsstörung,
7. chronische Gefühle von Leere, Langeweile,
8. Unfähigkeit zum Alleinsein.

Über die deskriptive Ebene des DSM-III-R hinaus ist das Krankheitsbild für Erwachsene auch in Hinsicht auf die Psychodynamik und die Behandlungstechnik gut erforscht (O. F. Kernberg, 1978; Gunderson / Singer, 1975; Hartocollis, 1977; Rohde-Dachser, 1979). Die psychoanalytische Diagnostik im Erwachsenenbereich vereinigt die phänomenologische Betrachtung mit einer genauen Entwicklungsdiagnostik, der Einschätzung der Ich-Struktur, der Objektbeziehungen und der Abwehrmechanismen.

Auch im Bereich der Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie findet die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser Störung seit über 40 Jahren statt.

³vgl. Diepold / Haar 1982

Erste Arbeiten kamen von Psychoanalytikern, die die Störung von Psychosen abgrenzten: Geleerd, 1947, 1953; Ekstein / Wallerstein, 1954; Rosenfeld / Sprince, 1963, 1965; Frying-Schreuder, 1969. Bis heute findet diese Diskussion fast ausschließlich in Amerika statt. Im deutschen Sprachraum ist das Borderline-Syndrom bei Kindern umstritten (Elliger, 1989; Klosinski, 1980), was daran liegen mag, daß der Einfluß der Psychoanalyse auf die Psychiatrie geringer ist als in Amerika.

Da es bisher noch keine einheitliche diagnostische Kategorie gibt, gehört meiner Beobachtung nach die Diagnose "Borderline" auch nicht in das diagnostische Standardrepertoire von Kinderpsychiatern und Kinderpsychotherapeuten, obgleich es zweifellos Kinder mit Symptomen gibt, die dem Syndrom bei Erwachsenen ähnlich sind. Diesen Kindern werden eher gemischte Diagnosen wie z. B. "angstneurotische Erkrankung mit erheblichen ich-strukturellen Defiziten", "Entwicklungsstörung", "frühe Beziehungsstörung" oder "strukturelle Ich-Störung" gegeben.

Greenman et al. haben 1986 den Versuch unternommen, ein Konzept aus dem Erwachsenenbereich auf Kinder zu übertragen. Sie zeigen in einer retrospektiven Studie mit 86 Kindern, daß man sie anhand der Erwachsenenkriterien diagnostizieren kann. Sie arbeiten mit dem für die Anwendung bei Kindern revidierten DIB, dem "Diagnostic Interview for Borderlines", einem auf den Erkenntnissen Kernbergs beruhenden Fragebogenverfahren (Gunderson et al., 1981). Allerdings fordern die Autoren in der gleichen Arbeit eine Untersuchungsmethode, mit der man Borderline-Kinder besser als mit diesem von ihnen verwendeten Fragebogen identifizieren kann.

Die meisten Kliniker weisen allerdings eine Anwendung der Erwachsenen-Kriterien auf Kinder als inadäquat zurück (Bemporad et al., 1982; Gualtieri et al., 1983; Shapiro, 1983; Vela et al., 1983). Sie halten die zwei Syndrome bei Erwachsenen und Kindern für qualitativ unterschiedlich, auch wenn bei einzelnen Erscheinungsformen Ähnlichkeiten bestehen. Bei den Erwachsenen steht eher das Spalten und das autoaggressive Verhalten im Zentrum, bei Kindern dagegen eher desorganisierte Denktätigkeit und disparate Entwicklung. In jedem Fall ist zu berücksichtigen, daß die Entwicklung der Kinder unabgeschlossen ist (Cantwell, 1980; Smith et al., 1982; Gualtieri et al., 1983). Der Diagnostiker muß darum in seine Überlegungen mit einbeziehen, daß manche Erscheinung, die bei älteren Kindern symptomatisch ist, z. B. Daumenlutschen bei einem 12jährigen, für ein Kleinkind normal ist. Er muß berücksichtigen, daß alle Kinder Ängste und Langeweile haben oder nicht allein sein mögen. Diese drei Kriterien sind für Erwachsene als Symptome in das DSMIII-R eingegangen. Entsprechend den Entwicklungsbedingungen für Kinder müssten Auffälligkeiten oder Symptome so formuliert werden, daß eindeutig zwischen normalem und pathologischem Verhalten unterschieden und dabei das Alter und der Entwicklungsstand berücksichtigt werden könnte.

Den schärfsten Einwand gegen den Gebrauch von Kriterien Erwachsener erheben Gualtieri et al. (1983). Sie zeigen an einer Untersuchung mit 16 Borderline-Kindern aus einer psychiatrischen Einrichtung, daß bei diesen Kindern weder Kriterien aus der Erwachsenen-Diagnostik zutreffen noch Kriterien, die aus der Literatur über die Borderline-Störungen bei Kindern bekannt sind. Sie haben der Borderline-Diagnose bei Kindern gegenüber generelle Skepsis und meinen, daß diese Diagnose die wahren Probleme der Kinder verschleierte. Eigentlich hätten

diese an Aufmerksamkeitsstörungen, Verhaltensstörungen und Trennungsängsten gelitten.

Bemporad et al. haben 1982 eine Studie vorgelegt, in der sie 24 Latenzkinder, die erfahrene Kliniker als Borderline-Patienten diagnostiziert hatten, auf übereinstimmende Symptome hin untersuchten (Bemporad et al., 1982). Die Liste aus 7 deskriptiven, nicht psychoanalytisch orientierten Merkmalen füllen die Autoren in der Studie mit den dazugehörigen Symptomen. Unterschiede zu den DSM-III-R Kriterien sind vor allem 2 und 4.

1. manifeste Symptome,
2. Fluktuation des Funktionsniveaus,
3. Art und Ausmaß von Angst,
4. Denkinhalte und -prozesse,
5. Beziehungen zu anderen,
6. Kontrollverlust,
7. begleitende Symptome.

Einen weiteren Versuch, das Gesamt der Störung in einem Kriterienkatalog zu erfassen, unternimmt F. Pine (1986), ein ehemaliger Mitarbeiter M. Mahlers. Er hatte 1974 seine erste Arbeit über Borderline-Störungen bei Kindern veröffentlicht und verfügt über eine breite klinische Erfahrung auf dem Gebiet. Er entwickelte 7 Kriterien, die im Gegensatz zu denen von Bemporad psychoanalytisch konzipiert, metasprachlich formuliert sind und Entwicklungsdefizite in folgenden Bereichen aufzeigen:

1. Vertrauen,
2. Signalangst,
3. Objektbeziehungen,
4. Phasendominanz,
5. Aggressionssteuerung,
6. Abwehr, Selbstbewußtsein.

Sie beruhen mehr auf der Analyse der Abwehrstrategien als auf beobachtbarem Verhalten und werden von ihm mit einem ätiologischen Konzept verbunden. Er meint, daß frühes Trauma, Entwicklungsdefizite und Copingmechanismen gemeinsam zum Entstehen einer Borderline-Störung beitragen.

Ein weiterer Versuch, die vielfältige Symptomatik in einem Schema zusammenzustellen, stammt von Vela et al. (1983).⁴ Sie untersuchten Arbeiten von 8 Forschern (Chethik, Ekstein / Wallerstein, Frying-Schreuder, Geleerd, Marcus, Pine, Rosenfeld-Sprince, Weil) in bezug auf die Symptombeschreibung von Kindern. Ekstein / Wallerstein scheiden aus, weil ihre Nomenklatur mit denen der anderen nicht vergleichbar ist. Aus den Arbeiten der 7 anderen stellen sie eine Synopse her und extrahieren 6 Konsenssymptome. Jedes einzelne operationalisieren sie und geben damit die umfassendste Klassifikation, die für Kinder derzeit m. W. besteht. Sie vergleichen diese Konsenssymptome mit verschiedenen DSM-III-Diagnosen und stellen fest, daß es Überschneidungen mit folgenden Krankheitsbildern gibt: der "Störung mit Trennungsangst" (309. 21 der DSM-III-R Klassifikation), der "Störung mit oppositionellem Trotzverhalten" (313. 81), der "undifferenzierten Aufmerksamkeitsstörung" (314. 00) und der "schizotypischen Persönlichkeitsstörung" (301. 22). Bis auf die letztere erfassen die DSM-III-R-Diagnosen nur einen Aspekt der vielfältigen Dysfunktionen, die mit der Diagnose "Borderline-Störung" erfaßt werden.

Die Notwendigkeit, eigene kindspezifische Kategorien zu entwickeln, ergibt sich auch, weil es offenbar keine Kontinuität der Störung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter gibt, zumindest ist dies eine kontroverse Frage. In diesem Zusammenhang ist es z. B. interessant, daß es bei Kindern mehr Jungen als Mädchen mit einer Borderlinediagnose gibt, bei Erwachsenen dagegen die Geschlechterverteilung umgekehrt ist. Die Frage, ob aus einem Borderline-Kind ein Borderline-Erwachsener wird, oder ob ein Borderline-Erwachsener als Kind auch bereits sehr auffällig war, müßte mit gründlichem follow-up-Studien belegt werden. Kestenbaums Untersuchung (1983), in der sie Krankheitsverläufe von sieben Borderline-Kindern bis ins Erwachsenenalter verfolgt, ist sicher zur Beantwortung dieser Frage nicht umfangreich genug. Sie stellt fest, daß die von ihr untersuchten Kinder auf dem Weg sind, Erwachsene mit psychiatrischen Erkrankungen zu werden. Shapiro und Vela et al. meinen, daß man, bevor solche Zusammenhänge nicht empirisch belegt seien, bei Kindern nicht von diesem Syndrom sprechen sollte (Shapiro, 1983; Vela et al., 1983).

4 Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen

Relevanz für das Problem der Diagnostik haben m. E. auch Arbeiten, in denen Zusammenhänge von Störungen wie z. B. Hyperaktivität, Wahrnehmungsstörungen, Entwicklungsstörungen mit dem späteren Entstehen eines Borderline-Syndroms untersucht werden (Bradley, 1979; Rinsley, 1980; P. Kernberg, 1982; Marcus et al., 1983; Cohen et al., 1983). Kinder mit solchen Beeinträchtigungen sind in Gefahr, eine Borderline-Pathologie zu entwickeln, weil durch die biologische Beeinträchtigung ihre Integrationsleistungen ständig überfordert werden. Auch Bürgin weist auf eine Prädisposition für Borderline-Erkrankung durch Heredität und Konstitution hin (Bürgin, 1988). Auf den prädisponierenden Faktor der Störung in der Mutter-Kind-Beziehung mit seinen fatalen Folgen für den Aufbau einer intakten Ich-Struktur, der Intemalisierung guter Selbst- und Objektrepräsentanzen und einer schrittweisen Integration der Triebbedürfnisse soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, weil er hinlänglich aus Literatur und Erfahrung vertraut ist.

⁴Aus: R. M. Vela u. a. : Borderline Syndromes in Childhood: A Critical Review. In: K. S. Robson (Hrsg.): The Borderline Child New York (McGraw-Hill) 1983, S. 39

Tabelle: Symptomkategorien des Borderline-Syndroms. Ein Vergleich

	Chethik	Frijling	Geleerd	Marcus	Pine	Rosenfeld	Weil	Korr.	Übereinst.
1. gestörte Beziehungen	X	X	X	X	X	X	X	7	100
2. gestörter Realitätssinn	X	X	X	X	X	X	X	7	100
3. panische Angst	X	X	X	X	X	X	X	7	100
4. Impulsivität	X	X	X	X	X	X	X	6	86
5. neuroseähnliche Entwicklung	X	X	X	X	X	X	X	6	86
6. abnorme Entwicklung	X	X	X	X	X	X	X	6	86
7. motorische Störung	X	X	X	X	X	X	X	3	43
8. Autoerotik/Fetisch	X	X	X	X	X	X	X	3	43
9. schlechte Urteilsfähigkeit	X	X	X	X	X	X	X	2	29
10. Fluktuation des Funktionsniveaus	X	X	X	X	X	X	X	2	29
11. Charakterzüge	X	X	X	X	X	X	X	1	14
12. Gefühle von Einsamkeit	X	X	X	X	X	X	X	1	14
13. Stimmungsschwankungen	X	X	X	X	X	X	X	1	14
14. Halluzinationen	X	X	X	X	X	X	X	1	14
15. Fehlen von Affekten	X	X	X	X	X	X	X	1	14
16. Unangemessenheiten	X	X	X	X	X	X	X	1	14
17. bizarres Verhalten	X	X	X	X	X	X	X	1	14
18. bizarre Sprache	X	X	X	X	X	X	X	1	14
19. Identitätsstörung	X	X	X	X	X	X	X	1	14

Ein weiterer, für die Diagnostik wichtiger Aspekt ist der Zusammenhang von

Borderline-Störungen mit affektiven Erkrankungen. K. Wenning (1990) belegt in einer empirischen follow-up-Studie, daß die affektiven Störungen und die Angststörungen des DSM-III-R sich mit der Borderline-Diagnose überschneiden. Die meisten der von ihm untersuchten Kinder kämpfen gegen eine unzureichend behandelte affektive Erkrankung oder Angststörung. Er sieht die Borderline-Störungen in der Nähe der affektiven Erkrankungen. Das tun auch Petti und Law, die 1982 in einer empirischen Untersuchung bei 80% der Borderline-Kinder Depressionen fanden. Greenman et al. stellen 1986 in ihrer bereits erwähnten Studie bei 2 / 3 ihrer Stichprobe ernste Angstzustände fest.

Wichtige diagnostische Gesichtspunkte ergeben sich aus der empirischen Säuglingsforschung mit ihren differenzierten Mikroanalysen über die Entwicklung von Säuglingen. Der Säugling ist vom ersten Lebenstag an auf Beziehung angewiesen und gestaltet sie aktiv mit. Er befindet sich abwechselnd in Zuständen niedriger und hoher Spannung. Lern- und Entwicklungsfortschritte finden in den Zuständen niedriger Spannung statt. Das bedeutet eine hohe Vulnerabilität für Risikosäuglinge, die durch Schmerz, Einsamkeit oder unzureichende Versorgung viel Hochspannung ertragen müssen. Ihre Entwicklung wird u. U. beeinträchtigt, weil die integrativen Funktionen durch ein Übermaß an Hochspannung überfordert werden (Lichtenberg, 1990).

Bei der praktischen Durchführung der Diagnostik ergeben sich Probleme, die aus der klinischen Praxis vertraut sind und die in der Literatur beschrieben werden (Engel 1963; Chethik / Fast 1970; Singer 1960; Chethik 1979; Leichtman / Nathan 1983; Pfefferbaum, 1987). Borderline-Störungen sind in der Regel nicht in der üblichen Zahl der anamnestischen Sitzungen zu diagnostizieren: Häufig ergibt sich die endgültige Diagnose erst im Behandlungsverlauf, wenn sich mit der fester werdenden therapeutischen Bindung die Beziehungspathologie zeigt. In Testsituationen reagieren Borderline-Kinder oft merkwürdig und atypisch: Probleme im Bereich des Verhaltens und der Gefühle können die Testsituation stören. Oft haben sie Mühe, sich auf bestimmte Testaufgaben einzulassen, weil sie mehr am Lustprinzip als am Realitätsprinzip orientiert sind. Außerdem erschwert das grenzüberschreitende Verhalten der Kinder, bei dem sie Eigentum oder persönliche Bereiche des Untersuchers nicht respektieren, die Untersuchungssituation. Vor allem mit projektiven Tests kann man einen Zugang zu den übermäßigen Ängsten der Kinder bekommen. Wenn z. B. beim CAT oder TAT die Geschichten ausufern, sich Panik und Brutalität zeigen oder die Kinder sich in ihrer Phantasie in den Weltraum begeben, sollte man die Diagnose "Borderline-Störung" in Erwägung ziehen.

5 Korrektur der Diagnose

Soweit einige Aspekte aus der neueren Literatur zur Diagnostik. Ich möchte jetzt wieder auf meine Patientin zurückkommen und die oben gewonnenen Erkenntnisse auf den diagnostischen Prozeß bei dieser Patientin beziehen und zeigen, welche Kriterien mich zur Veränderung der Diagnose bewogen haben.

(1) *Heredität und affektive Erkrankung*: Ruth hatte eine alkoholsüchtige Großmutter, und in beiden Eltermfamilien fanden sich schwere depressive Erkrankungen.

Ruths Mutter reagierte auf den plötzlichen Unfalltod des eigenen Bruders mit einer schweren monatelangen Depression, und auch der Vater zog sich in Konfliktsituationen depressiv zurück.

(2) *Krankheiten und Schmerz*: Ruth war häufig körperlich krank: Erkältungskrankheiten und Ohrentzündungen haben Schmerzen verursacht und Zustände hoher Spannung und Erregung erzeugt, die ihre integrativen Möglichkeiten überfordert haben. Das hat zusammen mit einem mangelhaften "holding environment" zu einer Überstimulation des aversiven Systems geführt (Lichtenberg, 1990). Dadurch war sie fast ständig auf die Erwartung eines Kampfes eingestellt. Sie zerrte, beleidigte und verletzte, weil sie davon ausging, daß andere versagend, verletzend und eindringend waren.

(3) *Frühe Entwicklung*: Ruths Lebensanfang war von der fehlenden Empathie der Mutter geprägt, die emotional ganz auf den Bruder eingestellt war. Insgesamt war die Beziehung von der Mutter her durch Haß bestimmt. Daher konnte sie für ihre Tochter keine harmonische Hintergrundatmosphäre herstellen, die eine regulierende Funktion gehabt hätte. Traumatisch war außerdem die Trennung von den Eltern mit 6 Monaten. Auf der emotionalen Ebene wiederholten Trennungen sich mit 2 Jahren, als die Mutter depressiv wurde und mit 5 Jahren, als der Vater sich aus Angst vor Ruths heftigen libidinösen Bedürfnissen von ihr zurückzog. Diese Ereignisse haben gravierenden Einfluß auf die Selbstentwicklung gehabt.

(4) *Art und Ausmaß der Angst*: Mit der fester werdenden therapeutischen Beziehung äußerte Ruth ihre panischen Ängste vor der Straße. Sie sagte: "Meine Mutter hat gesagt, ich soll nicht mit einem Mann mitgehen, der sagt, oh, so ein hübsches Mädchen, das knöpf ich mir mal auf." (Es war kaum zu unterscheiden, ob sie gesagt hatte, "das knöpf ich oder das knüpf ich. . .") Jedenfalls traute sie sich nach der Therapiestunde nicht mehr allein auf die Straße. Ich habe sie einige Male zur Bushaltestelle begleitet. Panische Angst hatte sie auch vor den Aggressionen der anderen Kinder im Spielzimmer oder vor Männern, die sie durch das Fenster im Garten sah. Meistens schlug Angst in Panik um und stand ihr nicht als Signalangst, mit deren Hilfe sie sich hätte schützen können, zur Verfügung.

(5) *Selbstbeschädigung*: Erst im Laufe der Behandlung wurde von den Eltern berichtet, daß Ruth nach heftigen Auseinandersetzungen mehrmals von zu Hause fortgelaufen sei, manchmal dramatisch und theatralisch, indem sie geschrien habe: "Ich renne jetzt in mein Unglück", manchmal auch unbemerkt. Die Suche habe sich mehrmals über Stunden hingezogen, und die Eltern haben große Angst vor einem Suizid gehabt. In der Übertragungsbeziehung tauchte diese Problematik wieder auf, als sie in der Schule vor ihren Klassenkameraden und ihren Lehrern ankündigte, sie würde sich vor ein Auto werfen, weil das Leben für sie keinen Sinn mehr hätte. Die Therapie mache sie so nervös.

(6) *Abwehr*: Die Abwehr erfolgte vorwiegend durch projektive Identifikation und durch Spaltung.

(7) *Objektbeziehungen*: Sie hatte das Stadium der Objekt Konstanz, in dem sie gute und böse Anteile einer Person hätte vereinigen können, nicht zuverlässig erreicht. Daher lagen die Tendenzen, den anderen zu idealisieren, wenn die Beziehung für sie befriedigend war, ihn aber zu entwerten, wenn er sie frustrierte, dicht beieinander. Da die psychoanalytische Situation bereits vom Setting her viel Frustrierendes beinhaltet, spielten Entwertungen und Aggressionen eine übermäßige Rolle.

(8) *Gegenübertragung*: Sie war heftig, und sie war für mich der erste wichtige Indikator dafür, daß es sich um keine Übertragungsneurose handeln konnte. Sie speiste sich aus archaischen Abwehrstrategien, die denen der Patientin entsprachen und war eine Art Spiegel der Übertragung der Patientin.

Aufgrund all dieser Überlegungen habe ich schließlich die Diagnose verändert. Ich meine, daß es sich bei Ruth um eine Borderline-Patientin gehandelt hat, deren Störung sich auf höherem Organisationsniveau, nicht am psychotischen Rand des Spektrums befand (Chethik, 1986). Die deutlich ödipalen und hysterischen Strukturanteile sind im Sinne einer progressiven Abwehr oder eines Erhaltungsmechanismus zu verstehen, der einen Ich-Zerfall verhinderte. So wäre der "hysterische Modus" (Mentzos, 1980) die Art und Weise, in der die Patientin ihre Selbststörung zu bewältigen versuchte.

Die Korrektur der Diagnose hat die Behandlung erst möglich gemacht, denn die Diagnose Borderline ließ das gesamte Ensemble der fragilen Ich-Selbst-Struktur mit der rigiden und primitiven Abwehr, mit der mangelhaften Subjekt-Objekt-Abgrenzung und der Beziehungsstörung besser verstehen. Daneben war wichtig, daß ich eigene extreme Gefühlszustände von Ärger, Wut, Angst und Scham als einen Zugang zum Verstehen der Gefühlswelt meiner Patientin nutzen konnte. Ihre Selbstmorddrohung hatte bei mir eine Krise ausgelöst, in der ich mich mit Selbstzweifeln in bezug auf meine therapeutische Identität auseinandersetzen hatte. Danach wurde die Bearbeitung ihrer depressiven Zustände möglich.

Sie kam zwar weiter in die Therapiestunden, verweigerte aber jegliche Beziehung und Zusammenarbeit. Verzweiflung und Trauer beherrschten die Beziehung. Einige Stunden verbrachte sie nur lesend im Wartezimmer, ich saß dabei. Andere Male wollte sie unbedingt die Stunde eher beenden, aber von mir wegen ihrer panischen Angst an den Bus gebracht werden. Es war bedrückend, wenn sie wortlos in den Bus einstieg und mich starr aus der Rückscheibe ansah. Ich blieb traurig und verlassen zurück. Als sie in einer weiteren Stunde mit gar keiner Intervention mehr zu erreichen war, - sie hatte sich in ein Kaspertheater zurückgezogen und war dort nicht zu sehen - griff ich in meiner Not zu Farben und Papier, um nicht selbst der völligen Verzweiflung anheimzufallen. Ich versuchte, meinem Gefühl ihr gegenüber in einem Bild Ausdruck zu geben. Als sie hörte, daß ich mit Papier und Farben hantierte, wurde sie offenbar neugierig. Sie kam, guckte und sagte: "Das ist ja eine Mutter, und da ist ein Kind, das weint. Ob die Mutter das Kind liebhat?" Darauf sagte ich: "Ich finde, das sieht so aus." Es schloß sich in einer weiteren Therapiephase ein Durcharbeiten der Depression mit vorsichtiger Beziehungsaufnahme an, die mich an einen "Neubeginn" im Sinne Balints denken ließ (M. Balint, 1966).

6 Schlußfolgerungen

Kinder mit Borderline-Störungen sind diejenigen, die in einer psychoanalytisch-psychotherapeutischen Praxis die meisten Schwierigkeiten machen, die heftigsten Gefühle auslösen und hohe Anforderungen an die therapeutische Kompetenz stellen. Außerdem kommt es leicht zu Auseinandersetzungen mit anderen. In Seminaren, Arbeitsgruppen oder Fallseminaren im Rahmen der psychoanalytischen Ausbildung ist zu beobachten, daß die Gruppe bei einem Fall mit einem Borderline-Syndrom eine Tendenz zum Spalten zeigt: Die einen sind ganz eins mit dem Kollegen und fühlen seine Last, Angst und Verzweiflung aus der Behandlung mit. Die anderen entwerten ihn, indem sie ihm die Schwierigkeiten bei der Behandlung als persönliches Versagen vorwerfen. Auseinandersetzungen ergeben sich auch um die Richtigkeit der Diagnose, und es werden übertragungsneurotische Manifestationen gegenüber den Anzeichen einer strukturellen Störung gegeneinander ausgespielt. Allgemein ist zu konstatieren, daß man, wenn man sich auf die Behandlung von Borderline-Patienten einläßt, Ärger bekommt (Biermann-Ratjen, 1989). Der Ärger spielt sich nicht wie in den Übertragungsneurosen nur zwischen Patient und Therapeut ab, sondern die Eigenart bei den Borderline-Störungen besteht m. E. darin, daß der Ärger auch auf das psychosoziale Umfeld von Patient und Therapeut übergreift und da viel schwerer zu bearbeiten ist als in der therapeutischen Dyade.

Trotz aller aufgezeigter Schwierigkeiten bei der Diagnostik von Borderlinestörungen, die nach Anthony (1983) ein "tückisches Geschäft" ist, und trotz aller Unklarheit in Bezug auf dieses Konzept, halte ich es nach dem jetzigen Stand der Forschung für klinisch brauchbar. Ich verstehe es weniger als ein abgegrenztes Krankheitsbild, sondern als eine Organisationsebene der Persönlichkeit, die sich durch eine "Koexistenz von Strukturen" auszeichnet (Bürgin, 1988). Neurotische und psychotische Elemente, Charakterstörungen und Zeichen von Deprivation sind bei diesen Kindern nebeneinander zu finden. Zwischen den verschiedenen Ebenen besteht Fluktuation, und das Erscheinungsbild ist vielfältig. Als ätiologische Faktoren müssen Heredität und Konstitution sowie Krankheit und Schmerz im 1. Lebensjahr angenommen werden.

Voraussetzung für einen angemessenen therapeutischen Umgang wären allerdings verbesserte diagnostische Kriterien. Das Problem der Diagnostik wurde an einem Einzelfall dargestellt. Ich hätte diese schmale Basis auf etwa 20 Kinder aus eigenen Behandlungen, aus meiner Supervisionstätigkeit sowie aus Fallseminaren verbreitem können. Aber auch die Erfahrungen mit 20 Patienten reichen nicht aus, um generalisierbare Aussagen zu machen. Ich plane daher eine empirische Studie, in der an einer größeren Anzahl von Verläufen Kinderpsychiater und Kinderpsychotherapeuten über ihre Untersuchungsergebnisse und ihre Erfahrungen mit diesen Kindern befragt werden. Fachwissen und klinische Erfahrung dieser Experten ergäbe eine empirische Grundlage, um nach Symptomen, Charaktereigenschaften und ätiologischen Faktoren zu suchen, die sich bei allen Kindern wiederholen und die den Kern der Störung ausmachen. Ich habe die Erwartung, auf diese Weise zu einer Sammlung von Kriterien zu kommen, auf Grund derer sich ein Konstrukt nach dem Vorschlag von Shapiro ergeben könnte (P. Kernberg / Shapiro, 1990) und die eine Grundlage zur Erarbeitung objektiver und zuverlässiger Kriterien sein könnte.

Literatur

- [1] American Psychiatric Association (1989): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-III-R. Deutsche Bearbeitung und Einführung von H. - U. Wittchen, H. Sass, M. Zaudig und K. K. Oehler, 2. korr. Aufl., Weinheim / Basel (Beltz)
- [2] Anthony, E. J. (1983): Prologue. In: K. S. R. Obson (Hrsg.): *The Borderline Child*. New York (McGraw-Hill), 1-9
- [3] Balint, M. (1966): Charakteranalyse und Neubeginn. In: M. Balint: *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Bern / Stuttgart (Huber-Klett), 187-202
- [4] Behar, D. / Stewart, M. A. (1987): The borderline diagnosis for children. *Am. J. Psychiatry*, 144, 1108-1109
- [5] Bemporad, J. R. / Hanson, G. / Smith, H. F. (1981): The diagnosis and treatment of borderline syndromes of childhood. In: J. Noshpitz (Hrsg.): *Basic Handbook of Child Psychiatry*. New York (Basic Books), Bd. 5, S. 305-311
- [6] Bemporad, J. R. / Smith, H. F. / Hanson, G. / Cicchetti, D. (1982): Borderline syndromes in childhood: Criteria for diagnosis. *Am. J. Psychiatry* 139, 596-602
- [7] Bentivegna, S. W. / Ward, L. B. / Bentivegna, N. P. (1985): Study of a diagnostic profile of the borderline syndrome in childhood and trends in treatment outcome. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 15, 198-205
- [8] Biermann-Ratjen, E. -M. (1989): Abgrenzung zwischen Pubertätskrise und Borderline-Syndrom aus klinischpsychologischer Sicht, unveröff. Manuskript
- [9] Bradley, S. J. (1979): The relationship of early maternal separation to borderline personality in children and adolescents: A pilot study. *Am. J. Psychiatry* 136, 424-426
- [10] Bradley, S. J. (1981): The borderline diagnosis in children and adolescents. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 12, 121-127
- [11] Bürgin, D. (1988): Der therapeutische Dialog mit dem Grenzfall-Kind. In: G. Klosinski (Hrsg.): *Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und zum Jugendlichen*. Bern (Huber), S. 21-50
- [12] Cantwell, D. P. (1980): The diagnostic process and diagnostic classification in child psychiatry - DSMIII. *J. Am. Child Psychiat.* 19, 345-355
- [13] Chethik, M. / FAST, I. (1970): A function of fantasy in the borderline child. *Am. J. Orthopsychiat.* 40, 756-765
- [14] Chethik, M. (1979): The borderline child. In: J. D. Noshpitz (Hrsg.): *Basic Handbook of Child Psychiatry*, New York (Basic Books), Bd. 2, 304-321
- [15] Chethik, M. (1986): Levels of borderline functioning in children: Etiological and treatment considerations. *Amer. J. Orthopsychiat.* 56, 109-119
- [16] Cohen, D. J. / Shaywitz, S. E. et al. (1983): Borderline syndromes and attention deficit disorders of childhood: Clinical and neurochemical perspectives. In: K. S. Robson (Hrsg.): *The Borderline Child*. New York (McGraw-Hill), 197-221.
- [17] Diepold, B. / Haar, R. (1982): Fragen der diagnostischen Einschätzung bei der Behandlung präödipl gestörter Kinder. *Kind und Umwelt* 37, 25-46

- [18] Ekstein, R. / Wallerstein, J. (1954): Observations on the psychology of borderline and psychotic children. *Psychoanal. Study Child* 9, 344-369
- [19] Ekstein, R. (1973): *Grenzfallkinder* (1966). München (Reinhardt)
- [20] Ekstein, R. (1986): Borderline states and ego disturbances. In: G. Shotevar (Hrsg.): *Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents*, 403-413
- [21] Elliger, T. J. (1989): Das Borderline-Syndrom in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Psycho* 15, 817-825
- [22] Engel, M. (1963): Psychological testing of borderline psychotic children. *Arch. Gen. Psychiat.* 8, 426-434
- [23] Frying-Schreuder, E. C. M. (1969): Borderline states in children. *Psychoanal. Study Child* 24, 307-327
- [24] Geleerd, E. R. (1947): A contribution to the problem of psychoses in childhood. *Psychoanal. Study Child* 2, 271-291
- [25] Geleerd, E. R. (1953): Borderline states in childhood and adolescence. *Psychoanal. Study Child* 8, 279-295
- [26] Greenman, D. A. / Gunderson, J. G. et al. (1986): An examination of the borderline diagnosis in children. *Am. J. Psychiatry* 143, 998-1003
- [27] Gualtieri, C. Th. / Koriath, U. / van Bourgondien, M. E. (1983): "Borderline" children. *J. Aurism Dev. Disord.* 13, 67-72
- [28] Gualtieri, C. Th. / Koriath, U. / van Bourgondien, M. E. (1987): So called borderline children. *Am. J. Psychiatry* 144, 832-833
- [29] Gunderson, J. G. / Kolb, J. E. / Austin, V. (1981): The diagnostic interview for borderline patients. *Am. J. Psychiatry* 138, 896-903
- [30] Gunderson, J. G. / Singer, M. T. (1975): Defining borderline patients: An overview. *Am. J. Psychiatry* 132, 1-10
- [31] Hartocollis, P. (Hrsg.) (1977): *Borderline Personality Disorders*. New York (International Universities Press)
- [32] Kernberg, O. F. (1978): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus* (1975), 2. Aufl., Frankfurt a. M.
- [33] Kernberg, P. F. (1982): Update of borderline disorders in children. *Psychiatric Hospital* 13, 137-141
- [34] Kernberg, P. F. (1990): Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 29, 478-482. -
- [35] Kestenbaum, C. J. (1983): The borderline child at risk for major psychiatric disorder in adult life. In: K. S. R. Obson (Hrsg.): *The Borderline Child*. New York (McGraw-Hill), 49-81
- [36] Klosinski, G. M. (1980): Zur Diagnose einer sogenannten Borderline-Persönlichkeitsstruktur in der Adoleszenz. *Z. KinderJugendpsychiat.* 8, 18-40
- [37] Leichtman, M. / Shapiro, Sh. (1983): A clinical approach to the psychological testing of borderline children. In: K. S. R. Obson (Hrsg.): *The Borderline Child*. New York (McGraw-Hill), 121-170

- [38] Lichtenberg, J. D. (1990): Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung. *Psyche* 44, 871-901
- [39] Mahler, M. S. (1971): A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanal. Study Child* 26, 403-424
- [40] Marcus, J. (1963): Borderline states in childhood. *J. Child Psychol. Psychiat.* 4, 207-218
- [41] Marcus, J. / Ovsiew, F. / Hans, S. (1983): Neurological dysfunction in borderline children. In: K. S. Robson (Hrsg.): *The Borderline Child*. New York (McGraw-Hill), 171-195
- [42] Masterson, J. F. (1980): *Psychotherapie bei Borderline-Patienten* (1976). Stuttgart (Klett-Cotta)
- [43] Mentzos, S. (1980): *Hysterie. Zur Psychodynamik unbewußter Inszenierungen*. München (Kindler)
- [44] Ogata, S. N. et al. (1990): Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 147, 1008-1013
- [45] Petti, Th. A. / Law III, W. (1982): Borderline psychotic behavior in hospitalized children: Approaches to assessment and treatment. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 21, 197-202
- [46] Petti, Th. A. / Vela, R. M. (1990): Borderline disorders of childhood: An overview. *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 29, 327-337
- [47] Pfefferbaum, B. et al. (1987): Rorschach assessment of borderline children. *J. Psychol.* 121, 219-228
- [48] Pine, F. (1974): On the concept "borderline" in children. *Psychoanal. Study Child* 29, 341-369
- [49] Pine, F. (1983): A working nosology of borderline syndromes in children. In: K. S. Robson (Hrsg.): *The Borderline Child*. New York (McGraw-Hill), 83-100
- [50] Pine, F. (1986): On the development of the "borderline-child-to-be". *Amer. J. Orthopsychiat.* 56, 450-457
- [51] Rinsley, D. B. (1980): Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents. *Bull. Menninger Clin.* 44, 147-170
- [52] Robson, K. S. (Hrsg.) (1983): *The Borderline Child. Approaches to Etiology, Diagnosis, and Treatment*. New York (McGraw-Hill)
- [53] Rohde-Dachser, C. (1979): Das BorderlineSyndrom. *Psyche*, 33, 481-527
- [54] Rohde-Dachser, C. (1987): Ausformungen der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzißtischen und Borderline-Störungen. *Psyche* 41, 773-799
- [55] Rosenfeld, S. K. / Sprince, M. P. (1963): An attempt to formulate the meaning of the concept "Borderline". *Psychoanal. Study Child* 18, 603-635.
- [56] Rosenfeld, S. K. / Sprince, M. P. (1965): Some thoughts on the technical handling of borderline children. *Psychoanal. Study Child* 20, 495-517
- [57] Shapiro, Th. S. (1983): The borderline syndrome in children: A critique. In: K. S. Robson (Hrsg.): *The Borderline Child*. New York (McGraw-Hill), 1129

- [58] Shapiro, Th. (1989): Psychoanalytic classification and empiricism with borderline personality disorder as a model. *J. Consult. Clin. Psychol.* 57, 187-194
- [59] Shapiro, Th. (1990): Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. *Negative. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 29, 480-483
- [60] Singer, M. B. (1960): Fantasies of a borderline patient. *Psychoanal. Study Child* 15, 310-356
- [61] Smith, H. F. / Bemporad, J. R. / Hanson, G. (1982): Aspects of the treatment of borderline children. *Am. J. Psychotherapy* 36, 181-197
- [62] Steinhausen, H. C. (1990): Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 39, 255-260
- [63] Tolle, R. (1990): Persönlichkeitsstörungen: Problematik und diagnostische Bedeutung. In: P. L. Janssen (Hrsg.): *Psychoanalytische Therapie der Borderline-Störungen*. Berlin: Springer, 7-16
- [64] Vela, R. / Gottlieb, H. / Gottlieb, E. (1983): Borderline syndromes in childhood: A critical review. In: K. S. Robson (Hrsg.): *The Borderline Child*. New York (McGraw-Hill), 31-48
- [65] Verhulst, F. C. (1984): Diagnosing borderline children. *Acta paedopsychiat.* 50, 161-173.
- [66] Weil, A. P. (1953): Certain severe disturbances of ego development in childhood. *Psychoanal. Study Child* 8, 271-287.
- [67] Weltgesundheitsorganisation (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Hrsg.: H. Dilling / W. Mombour / M. H. Schmidt, Bern (Huber)
- [68] Wenning, K. (1990): Borderline children: A closer look at diagnosis and treatment. *Amer. J. Orthopsychiat.* 60, 225-232